FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N° 745

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Marie-Pierre CORREZE-SPINDLER
née le 3 mars 1938 à Colombes (Seine)

attachée assistante d'Histologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE

Président : Mr. Maurice DEROT, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Marie-Pierre CORREZE-SPINDLER

née le 3 mars 1938 à Colombes (Seine)

attachée assistante d'Histologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE

Président : Mr. Maurice DEROT, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) CABROL (Ch.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) LAUNAY (Cl.) PAYET (M.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mon Oncle, le Docteur Jean SPINDLER

A mon Mari et mes Enfants.

A Monsieur le Docteur J.F. PORGE

qui nous a guidé dans ce travail.
Nous le prions de trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur Agrégé M. LEGRAIN
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur J.L. DEMASSIEUX
Chef de Service à l'Hôpital Inter-Communal de Créteil

A Monsieur le Professeur A. GIROUD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Biologiste des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur Jacques DALION

Chef de Travaux en Histologie à la Faculté de Médecine de Paris
Chef de Laboratoire à la Clinique Baudeloque.

INTRODUCTION

La recherche de l'albuminurie dans les urines est devenue un geste systématique au cours des examens médicaux scolaires, d'orientation professionnelle ou prévaccinaux.

Le médecin se trouve fréquemment appelé à donner son avis diagnostique, pronostique et thérapeutique devant une protéinurie du sujet jeune en bonne santé par ailleurs. On conçoit l'importance d'un tel verdict sur l'avenir du patient et les conséquences qu'il va entrainer pour lui quant à son mode de vie, son activité physique et le choix d'un métier.

Cependant, au cours des études faites sur le vaste secteur des protéinuries, s'est dégagé un chapitre qui semble à la plupart des auteurs bien autonome : l'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE.

Ce symptome très particulier paraît en effet le seul cas de protéinurie dont le pronostic soit pratiquement favorable. C'est assez dire l'intérêt que l'on doit porter à l'étude de ces cas.

Nous avons pu en effet, à l'Hôtel Dieu de Paris, dans le service de Monsieur le Professeur DEROT, étudier un assez grand nombre d'albuminuries orthostatiques ; nous en avons sélectionné onze observations qui feront l'objet de cette thèse.

Ce modeste travail n'a pas la prétention de révolutionner le sujet mais d'y apporter sa contribution.

- Dans un premier chapitre, nous résumerons les principaux caractères du syndrome d'albuminurie orthostatique ainsi que les différentes investigations nécessaires à ce diagnostic précis.

- Dans un deuxième chapitre, nous rappelerons les principales circonstances de survenue pour tenter d'interprêter les thèses pathogéniques que l'affection a suscitées

- Le troisième chapitre étudiera le pronostic que l'on peut porter devant ces différents cas et partant la conduite à tenir, les conseils que nous pouvons donner à ces malades.

- Nos observations résumées feront l'objet du quatrième chapitre et nous permettrons d'apporter les conclusions de ce travail.

CHAPITRE I

L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE :

RAPPEL CLINIQUE

A - GENERALITES

Assez fréquent (un cas sur quinze albuminuries isolées pour Milliez et Coll), ce syndrome a été bien isolé par Courcoux en 1904 et se définit par une protéinurie provoquée par la station debout, qui disparaît en position couchée et qu'aucune autre circonstance ne peut fait apparaître.

Dans la grande majorité des cas, l'albuminurie orthostatique apparaît chez un adolescent ou un adulte jeune en bonne santé sans antécédent.

- Elle reste absolument isolée : ne s'accompagne pas d'anomalie de la cytologie urinaire, ni des épreuves fonctionnelles rénales.

Tous ces caractères joints à l'évolution bénigne confèrent à ce syndrome une autonomie bien particulière.

En pratique, la découverte chez un sujet jeune d'une protéinurie impose toute une série d'investigations qui conduisent au diagnostic :

- Cette albuminurie est-elle permanente ou intermittente ?

- Est-elle réellement provoquée par l'orthostatisme ?

- Est-elle bien isolée ?

B - CONDUITE DU DIAGNOSTIC POSITIF

RECHERCHE DE L'ALBUMINE

Il est préférable d'éliminer, au cours d'une consultation, l'usage des flacons apportés par le consultant. Ils contiennent souvent des urines recueillies la veille et peuvent être mal nettoyés. Mieux vaut le recueil extemporané des urines.

La méthode classique repose sur la recherche de la coagulation de l'albumine à la chaleur. On emploie des urines filtrées et additionnées d'un peu de ClNa (indispensable chez les sujets au régime sans sel). On chauffe la partie supérieure du liquide. Après la première ébullition, il faut ajouter quelques gouttes d'acide acétique qui dissoudra les phosphates ayant précipité. La présence d'albumine vraie se traduit par la formation d'un anneau louche où s'individualisent des agrégats en flocons qui descendent lentement en traînées le long du tube.

Au cours d'un dépistage systématique, les méthodes suivantes sont rapides et pratiques :

- On peut employer des ALBUSTIX : languettes jaunes de papier imprégné d'acide sulfosalicylique, qui, trempées dans l'urine, prennent instantanément une couleur verte en présence d'albumine. Test colorimétrique qui doit être pratiqué sur urines fraîchement émises et après élimination du premier jet. Il est employé très fréquemment. Néanmoins, il n'est pas toujours fidèle, peut être trop sensible et il faudrait lui préférer :

- les clino-réactifs. Ils se présentent, soit en ampoule pour une réaction, soit en flacons de 30 ml pour examen collectif. On verse dans le tube à essai 1 ml de réactif, puis 1 ml d'urine ; si l'examen est positif, il se produit une floculation plus ou moins intense selon la quantité d'albumine présente.

INTERMITTENCE DE L'ALBUMINURIE

Pour mettre en évidence le caractère intermittent de l'albuminurie, il faut recueillir les urines durant 24 h. en six échantillons fractionnés.

La veille de l'épreuve, le sujet se couche à 21 h. et il vide sa vessie deux fois : en se couchant à 21 h. et 2 h. plus tard à 23 h.

Le recueil des urines a lieu le lendemain au réveil, puis à midi, l'enfant ayant passé une matinée strictement normale : on lui demande simplement de rester à jeun ; après le repas, vers 14 h. en notant les aliments ayant compos é ce repas. - A 15 h. après une sieste d'une heure - à 19 h. - et au coucher. Durant la journée, le sujet conserve son activité habituelle.

Dans ces conditions, on constate que l'albumine disparaît dans un ou plusieurs échantillons, en particulier dans celui du réveil et celui qui suit la sieste à 15 h. On dit alors que l'albuminurie est INTERMITTENTE.

Voyons quels résultats nous pouvons obtenir chez des adolescents venus consulter à l'Hôtel Dieu.

-Jean-Pierre P..., Observation N° 2, découverte d'une albuminurie au cours d'un examen systématique. Lors de l'examen des urines en 5 échantillons (on n'a pas pratiqué d'examen après sieste) on obtient :

- 8 h à midi	0,35 gr par l.
12 h à 14 h	0,35 gr par l.
14 h au dîner	3 grs par l
au coucher	3 grs par l
urines de la nuit	0,15 grs par l

- Pour le jeune KAMEL A... Observation N° 3, il s'agit également d'une découverte systématique. Les résultats sont :

8 h à midi	1,50 gr par litre
12 h à 14 h	1 gr par l.
14 h au dîner	0,60 gr par l.
au coucher	0,40 gr par l.
urines de la nuit	néant

Dans ces deux cas, l'albuminurie est INTERMITTENTE ; pour affirmer son caractère ORTHOSTATIQUE, Porge a proposé une épreuve en deux temps.

Elle consiste à laisser pendant environ une heure, l'enfant debout, de préférence contre un mur avec un coussin au niveau des reins, ce qui met le sujet en hyperlordose. Les urines examinées après ce temps sont très riches en albumine, les taux pouvant atteindre jusqu'à plusieurs dizaines de grammes par litre.

La contre épreuve consiste à laisser le sujet, après un temps de repos, à nouveau une heure debout, mais cette fois penché en avant, les mains appuyées sur une table. Les urines recueillies ensuite doivent ne contenir aucune albumine.

Cette épreuve doit être considérée comme décisive pour le diagnostic

Ainsi pour le jeune Jean-Pierre P... on obtenait : debout 4,50 gr par litre - debout penché en avant : néant.

Tous ces examens doivent être rigoureusement pratiqués. L'étape diagnostique suivante sera :

LA RECHERCHE DES SYMPTOMES ASSOCIES

L'interrogatoire doit être attentif, recherchant dans les antécédents la notion d'une agression rénale possible : rhino-pharyngites ou angines répétées, scarlatine, oedème fugace du visage, cystite et infection urinaire, énurésie tardive, trouble de la miction. Recherche antérieure d'albuminurie, lors d'une vaccination par exemple.

Il faut attacher une grande importance à cet interrogatoire : une néphrite aigüe peut laisser derrière elle une albuminurie-séquelle présentant tous les caractères d'une albuminurie orthostatique.

- L'examen clinique soigneux permet dès l'inspection de noter la bio-morphologie du sujet : selon la classification de Sheldon, nous classerons l'enfant suivant les catégories : ectomorphe, mésomorphe ou endomorphe, en insistant sur les différentes composantes de son type. Nous verrons que cette étude peut orienter et confirmer le diagnostic.

- La palpation va rechercher l'absence d'oedème à la partie inférieure du plateau tibial en particulier. On recherche dans les fosses lombaires la présence d'un gros rein palpable.

- L'auscultation cardiaque et surtout la prise de la tension artérielle systématique vérifieront l'intégrité du système cardio-vasculaire.

- L'examen de la gorge et des amygdales sera suivi en cas de doute de la recherche du streptocoque hémolytique.

- On pratiquera une cuti-réaction

Sur le plan biologique :

- L'examen microscopique des urines est un élément capital et indispensable. C'est lui qui le plus souvent affirmera que l'albuminurie est isolée. Il comporte la recherche des hématies (leur nombre ne doit pas être supérieur à 3 par champ) des leucocytes et des cylindres.

- Cet examen doit presque toujours être complété par la numération des éléments figurés du sang, selon la méthode du "compte d'Addis" ou hématies-leucocytes-minute.

La découverte d'une hématurie microscopique (plus de 2.000 à 3.000 hématies/minute) traduit l'existence d'une lésion glomérulaire évolutive ;

une augmentation anormale du nombre de leucocytes traduit un état inflammatoire sinon une infection urinaire ; la présence de nombreux cylindres est le témoin d'une atteinte tubulaire.

LA CONSTATATION D'UNE ANOMALIE DE LA CYTOLOGIE URINAIRE DOIT FAIRE REJETER LE DIAGNOSTIC D'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE (Lagrue)

- Il faut pratiquer une recherche de bacilles de KOCH à l'examen direct et en culture.

- L'examen suivant comportera une clearance de l'urée et de la créatinine qui renseigneront sur l'état de la fonction glomérulaire alors qu'une épreuve de l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine fixera dans une certaine mesure sur la valeur de la fonction tubulaire d'excrétion Ces épreuves fonctionnelles doivent être rigoureusement normales.

- Il faudra doser aussi l'urée et le cholestérol. On peut également doser les lipides plasmatiques et demander une électro-phorèse.

Enfin, le dernier contrôle est radiologique.

- Une radio sans préparation des reins peut déjà renseigner sur la présence d'un calcul opaque aux rayons X et qui, dans de nombreux cas chez l'enfant, peut provoquer une albuminurie massive.

- Mais l'examen radiologique indispensable, qui devrait être systématique, est : l'urographie intra-veineuse. Elle permet de dépister les nombreux cas de malformation rénale (10 % des cas d'albuminurie apparemment isolés) les ptoses, elle permet parfois aussi de diagnostiquer une tuberculose rénale.

L'urographie doit toujours comporter une cystographie pré, per et post-mictionnelle.

Ce n'est qu'au terme de ce bilan, quand les épreuves d'orthostatisme auront été positives, quand tous les examens seront normaux, que l'on sera en droit de porter le diagnostic d'albuminurie orthostatique.

CHAPITRE II

CIRCONSTANCES DE SURVENUE - HYPOTHESES PATHOGENIQUES

L'albuminurie orthostatique est une maladie du sujet JEUNE. C'est, en effet, ches l'adolescent, au voisinage de la puberté, qu'elle va se manifester le plus souvent. On a pu même dire qu'une albuminurie isolée intermittente pourtant, apparaissant chez l'adulte après 30 ans est hautement suspecte de néphropathie, il en est de même pour l'albuminurie découverte chez le très jeune enfant.

Jeune de 14 à 20 ans, sans antécédent infectieux, sans antécédent néphropathique, l'on possède parfois la notion d'une albuminurie orthostatique familiale.

Un adolescent, mais un adolescent de type particulier,: grand, maigre, pâle, au visage étroit, allongé. C'est un sujet fatigable qui, au cours de l'examen, se tient mal, cherche un appui, que la position debout épuise. Il est longiligne, avec une hypotonie musculaire, une cyphose dorsale et une hyperlordose lombaire ; notons également une cyanose fréquente des extrémités.

Enfin, pour reprendre les mots même de Sheldon, c'est un ectomorphe, nerveux, instable.

C'est pourquoi l'on retrouvera fréquemment une albuminurie orthostatique chez un sujet souffrant de troubles neuro-végétatifs comme nous avons pu l'étudier au cours de notre observation n° 5. Cette jeune Maryse P..... albuminurique depuis l'âge de 10 ans, a des fonctions rénales parfaitement normales, ni hématurie, ni leucocyturie ; elle est asthénique, anorexique, souffre de troubles du sommeil, se plaint de palpitations, sueurs, tremblements.

Nous avons signalé que ces jeunes ectomorphes étaient souvent hyperlordotiques. Le rôle de l'HYPERLORDOSE dans l'albuminurie orthostatique est parfois indéniable. De nombreuses expérimentations l'ont mis en évidence.

JEHLE en 1910 a pu dire que : albuminurie orthostatique et albuminurie lordotique étaient deux syndromes équivalents.

Toute attitude augmentant la lordose, augmente le taux d'albuminurie orthostatique et inversement la correction de l'hyperlordose diminue l'albuminurie orthostatique jusqu'à la faire parfois disparaître.

Bull est parvenu à provoquer une albuminurie chez trois-quart des adolescents et un tiers des adultes jeunes et sains qu'il a placés en hyperlordose.

De plus, en plaçant certains albuminuriques orthostatiques assis et même couchés, en hyperlordose, Milliez a vu apparaître l'albuminurie dans les urines.

La lordose, a démontré H.E. de Wardener, entraine la rotation en avant et en bas du foie, qui vient ainsi comprimer la veine cave, gênant la circulation de retour.

L'urographie intraveineuse va souvent montrer une PTOSE d'un ou des deux reins, c'est ce que nous avons vu dans notre observation N° 6 chez une jeune femme maigre et fatiguée.

Le rôle de la ptose est parfois évident : le succès obtenu par sa réduction peut être spectaculaire. Le port d'une ceinture entraine la disparition de l'albuminurie orthostatique et le rein reste dans sa loge en position debout ; ce qu'il faudra vérifier à l'urographie. Mais la suppression de la ceinture entraine la réapparition immédiate de l'albuminurie.

Néanmoins, si la ptose rénale peut provoquer une albuminurie par perturbation circulatoire orthostatique, ce n'est pas toujours le cas, et de nombreuses ptoses de la jeune femme n'entrainent aucune perturbation de cet ordre.

Si l'hyperlordose et la ptose rénale ont un rôle certain dans l'apparition d'une albuminurie orthostatique, d'autres éléments peuvent favoriser l'apparition d'une albuminurie transitoire chez le sujet jeune fragile.

C'est ainsi que l'on a pu incriminer le rôle de la fatigue : nombreuses sont les découvertes d'albuminurie orthostatiques chez l'adolescent en cours du 3e trimestre scolaire.

Le rôle favorisant du froid : toute exposition au froid peut provoquer l'apparition d'une albuminurie et l'on connaît en particulier la toxicité des bains en eau froide. C'est ainsi que Madame Parmentier voyait en consultation un jeune garçon de 15 ans chez lequel on trouvait une albuminurie de type orthostatique chaque samedi. Les examens pratiqués les autres jours de la semaine restaient négatifs. L'interrogatoire précis a pu mettre en évidence que ce jeune Daniel allait à la piscine tous les vendredis.

De même l'émotion a pu favoriser l'apparition d'une albuminurie.

Ces différents éléments favorisants : fatigue, froid, émotion, semblent assez concorder avec les thèses pathogéniques avancées par les différents auteurs.

Tous, en effet, s'accordent à considérer l'albuminurie orthostatique comme un trouble purement fonctionnel, d'origine vraisemblablement circulatoire.

-Courcoux a produit une albuminurie chez l'animal par le simple passage d'un fil de soie autour de la veine rénale

-Sonne observe 5 cas d'albuminurie orthostatique du rein gauche, unilatéralité qui ne s'observe jamais dans les néphrites.

- Hamburger a constaté que l'albuminurie orthostatique du chien et du lapin disparaît par énervation rénale, prouvant ainsi que la fuite protidique est liée à un trouble vaso-moteur.

- Milliez rapporte que l'albuminurie orthostatique va souvent de Pair avec une réduction importante de la diurèse.

L'albuminurie orthostatique semble donc liée à un ralentissement ou à une diminution de la circulation rénale, il s'agit probablement d'un trouble de la circulation de retour. Néanmoins, le mécanisme de la fuite protidique est très mal connu, elle est vraisemblablement d'origine glomérulaire.

CHAPITRE III

A - PRONOSTIC

Toutes les albuminuries que nous venons d'étudier sont en quelque sorte physiologiques, donc certainement bénignes et d'excellent pronostic.

Dans la plupart des cas, la disparition de l'albuminurie sera spontanée vers l'âge de 18/20 ans et l'évolution favorable.

Cependant dans chacune des observations que nous étudions, nous retrouvons la phrase suivante : "sujet à revoir tous les ans" ou même "à revoir tous les six mois".

Pourquoi donc cette attitude de prudence devant ce symptôme banal et apparemment sans intérêt notable ? Pourquoi ne pas attendre sans autre examen l'âge probable de la disparition de l'albumine ?

Deux raisons nous engagent à surveiller attentivement ces sujets :

1° - Le diagnostic d'albuminurie intermittente et isolée ne peut jamais être porté sans restriction et laisse toujours planer le doute.

Il existe en effet des néphrites authentiques qui se cachent sous le masque d'une albuminurie orthostatique.

Il faudrait pouvoir pratiquer une ponction biopsie rénale chez tout sujet atteint d'une albuminurie apparemment isolée pour être absolument certain de sa bénignité. Mais la ponction biopsie est un examen qui n'est pas

de pratique suffisamment courante pour être employée dans chaque cas. On pourrait la conseiller exceptionnellement dans les cas particulièrement douteux ou posant des problèmes graves d'orientation, ce qui est rare.

2° - La seconde raison de notre attitude de prudence est la suivante :

Une albuminurie, par sa seule présence - (surtout si elle est massive) - peut entraîner des lésions rénales secondaires.

Cette idée a déjà été émise par Claude Bernard, elle a été reprise depuis par Gimenez, Diaz, Baxter et surtout Addis qui observe que la réabsorption des protéines par le tube rénal peut, à la longue, entraîner des lésions de dégénérescence cellulaire.

Il va donc être bon de s'appliquer à diminuer le plus possible cette albuminurie de façon à éviter que des doses importantes ne lèsent le rein à longue échéance, obscurcissant le pronostic.

Enfin, quelle qu'en soit la raison, il est certain que l'on a rencontré des néphrites chroniques s'installant chez les adultes qui ont présenté dans leur adolescence une albuminurie orthostatique vraie.

Voyons donc maintenant quelle doit être la conduite à tenir en pratique courante et en médecine d'orientation scolaire et professionnelle.

B - CONDUITE A TENIR

- Le cas le plus simple est celui de la PTOSE RENALE que le port d'une ceinture abdominale va réduire. On ne recourra jamais à une néphropexie et on devra proscrire énergiquement les ceintures abdominales à pelotes (instruments de torture anachroniques qui ont la prétention de soutenir le rein en écrasant profondément l'abdomen et les viscères qu'il renferme - Porge).

Le simple port d'une ceinture abdominale élastique permettra grâce à la surpression qu'elle entraîne dans l'abdomen, de maintenir indirectement le rein dans sa loge.

Il sera indispensable également de conseiller des mouvements de gymnastique abdominale, car la meilleure ceinture abdominale est musculaire.

La gymnastique corrective aura aussi son rôle à jouer dans les cas d'hyperlordose lombaire.

- LE REGIME : il convient de donner à ces enfants un régime alimentaire strictement normal. En particulier, il ne faut en aucun cas, lorsque l'albuminurie est isolée imposer un régime désodé, ou même partiellement salé. La restriction saline est exclusivement réservée aux sujets présentant des oedèmes importants ou une hypertension artérielle notable. Si l'on examine un enfant qui suit par erreur un régime désodé, il faut réintroduire progressivement le sel dans son alimentation.

La nourriture doit être saine et variée, excluant néanmoins les fruits de mer, évitant si possible les conserves. En réalité, il n'est pas de règle stricte, il suffit de faire appel au bon sens et aux règles d'hygiène les plus évidentes.

-ORIENTATION SCOLAIRE : nous sommes en présence d'un enfant qui veut et peut poursuivre ses études ; c'est l'éventualité la plus favorable, il faut tenter de la provoquer et insister pour qu'elle se réalise. En effet, dès le début, la vie sera plus facile à régler chez un écolier ; ensuite, les études peuvent conduire à des professions plus stables et moins fatigantes physiquement.

Insistons immédiatement sur la question des trajets, question brûlante à l'heure actuelle où fréquemment, chacun travaille loin de son domicile. Il faut connaître la fatigue considérable qu'entraîne pour les jeunes l'éloignement de l'école ou du lieu d'apprentissage : station debout dans le métro

marche parfois prolongée et froid affronté lors d'un départ très matinal. Il faut donc insister pour trouver à cet enfant un lycée ou une école proche de son domicile.

Que cet écolier ou cet étudiant mène une vie normale, bien sûr, mais en prenant toutefois quelques précautions qui découlent de notre volonté de prudence justifiée précédemment :

- Le repos allongé doit être fréquent, Pourquoi ne pas donner l'habitude à ces enfants facilement fatigués d'apprendre leurs leçons étendus sur leur lit, le torse relevé ? Le dîner peut, si cela est possible, être pris au lit ce qui permettra d'observer un repos de 12 h. au moins du soir au matin. De même le jeudi et le dimanche, l'enfant se lèvera tard car le lever matinal entraîne à la longue une fatique certaine, qui doit être compensée le plus souvent possible.

- Les exercices physiques, la marche, la gymnastique, les sports en général sont autorisés à condition :

- qu'ils ne s'accompagnent d'aucune idée de compétition ;
- qu'ils ne soient pas l'occasion d'exposition prolongée au froid ou d'une fatigue supplémentaire de transports et d'attente.
- qu'ils soient suivis d'un repos total pris étendu.
- Enfin, que l'on assure à l'enfant une bonne diurèse en lui faisant absorber des boissons en quantité suffisante, ce qui lui évitera une concentration trop importante de l'albumine dans des urines insuffisantes. Remarquons à ce sujet, que la majorité des enfants boivent très peu, ce qui risque d'être toxique pour la fonction rénale.

En réalité, un seul sport est à proscrire formellement : c'est la NATATION EN BAIN FROID. Les bains sont strictement interdits si la température de l'eau n'atteint pas 26 à 27°.

Ces directives sont assez faciles à suivre, les enfants s'y plient de bonne grâce et l'on voit que l'internat peut à la rigueur être possible

si la direction est suffisamment compréhensive pour accepter ces quelques exigences.

- POUR L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE, les problèmes vont être,les suivants :

- Il faut éviter les métiers exposant aux fatiques physiques, le travail debout en permanence, la marche,, les trépidations.

- Déconseiller aussi les métiers exposant au froid, à l'humidité et aux intempéries, donc, pas de travail en plein air.

- Mais également éviter les milieux toxiques et insalubres.

De toute façon, ces adolescents longilignes et asthéniques sont peu aptes aux travaux durs et on leur conseillera plutôt les professions stables où ils peuvent être assis, les métiers sédentaires, les postes de fonctionnaires. Malheureusement, actuellement, les grandes administrations comme les P.T.T. refusent systématiquement d'embaucher les sujets albuminuriques alors que ces postes leur conviendraient parfaitement.

N'oublions pas que ces contre-indications doivent être observées dès le temps d'apprentissage, celui-ci étant souvent plus fatigant que le métier lui-même.

Il nous reste à aborder le problème délicat des vaccinations. En général, la règle est de déconseiller les vaccinations, c'est une attitude de prudence légitime, due à la crainte d'une néphropathie sous-jacente. En pratique cette règle peut être transgressée dans des cas particuliers : épidémie par exemple ou lorsque l'intérêt personnel (vaccination antitétanique) et professionnel (étudiant en médecine) du sujet l'exige.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mlle H... Nicole 21 ans, laborantine.

Découverte fortuite d'une albuminurie.

Cette albuminurie est variable d'un jour à l'autre, la patiente vient alors consulter à l'Hôtel Dieu :

Il n'y a aucun antécédent notable : pas d'angine, ni R.A.A., pas de vaccination récente.

L'examen clinique est normal :

- Fosses lombaires souples
- Pas d'oedème
- Coeur normal : T.A. 13-8

Les examens d'urine faits dans le service donnent les résultats suivants :

- Albuminurie fractionnée :

au lever	0,15 g/l
matin	3,20 g/l
après-midi	3,20 g/l
le soir	1,5 g/l

Les épreuves debout, penchée en avant, sont positives.

On obtient en effet :

- debout : 0,50 g/l d'albumine
- penché en avant : traces

- La fonction rénale est normale :
    - Urée sanguine 0,30 g/l
    - Clearance de l'urée : normale
    - Elimination de la P.S.P. : 78 % en 70 mn.
- Radio sans préparation : aucune image anormale.
- Test d'Addis :
    - hématies/minute
    - Leucocytes/minute débit normal
    - Pas de cylindrurie

<u>En conclusion</u> :

Malgré l'âge de la malade (l'albuminurie orthostatique se manifestant plus fréquemment vers 14 ans) les caractères de cette protéïnurie sont en faveur de sa nature orthostatique : albuminurie intermittente cédant au repos ; examens complémentaires strictement normaux.

Aucune thérapeutique et aucun régime n'ont été nécessaires, néanmoins, on a conseillé à la patiente de ne pas subir de vaccination et de vérifier une fois par an que cette albuminurie demeure bien orthostatique.

OBSERVATION II

P..... Jean-Pierre.

Il s'agit d'un garçon de 24 ans chez lequel on découvre une albuminurie au cours d'un examen systématique.

L'examen clinique est strictement normal :

- Pas d'oedème
- Fosses lombaires souples
- Gorge normale
- T.A. 13-7

Examens d'urine :

Urines de la nuit : albumine - traces
Urines du jour : 1 g/l

Epreuve des 5 échantillons :

- 8 h - 12 h : 0,35 g/l
- 12 h - 14 h : 0,35 g/l
- 14 h - 20 h, : 3 g/l
- 22 h 3 g/l
- le matin - traces

Epreuves debout/penché en avant :

- debout : 0,2 g/l
- penché : traces

Examens complémentaires

- Vitesse de sédimentation : normale
- Clearance de l'urée : 84 ml/mn
- Elimination de la P.S.P. : 80 % en 70 mn
- Culot urinaire et débit minute : résultats normaux

En conclusion :

Il s'agit d'une albuminurie orthostatique, le sujet a pu mener une vie normale. Il est venu tous les ans à la consultation, on a pu ainsi vérifier que l'albuminurie restait intermittente et isolée

OBSERVATION III

A.... Kamel

Jeune homme de 17 ans qui vient en France poursuivre ses études. Au cours d'un examen systématique, on découvre une albuminurie

Aucun signe fonctionnel n'est à signaler.

L'examen clinique est normal :

- pas d'oedème
- T.A. 11.7

Examens d'urine :

22 h à 7 h recherche d'albumine négative
14 h à 17 h, après effort : 6 g/l (1 g 80 par 24 h.)

Examens complémentaires

- Epreuves fonctionnelles rénales :
  clearance de l'urée et de la créatinine normales
  P.S.P. normale.

- Sédiment urinaire :
  Quelques cylindres hyalins
  Pas d'hématies
  Pas de leucocytes
  Pas de germes

- Débit/minute : normal

Examens radiologiques :

L'urographie intraveineuse, malgré l'aspect un peu flétri des petits calices, peut être considérée comme normale.

Le diagnostic d'albuminurie orthostatique est indiscutable.

Evolution :

Le patient revient deux ans plus tard (1964)
Il n'a reçu aucun traitement depuis deux ans.
T.A. 12.7.

Recherche de l'albumine sur échantillons d'urine fractionnés :

- 8 h - 12 h : 1,50 g/l
- 12 h - 14 h : 1 g/l
- 14 h au dîner : 0,60 g/l
- 2 h après dîner : 0,40 g/l
- soir au réveil : néant

On envisage une ponction - biopsie rénale qui se révèle impossible.

Conclusion :

Il s'agit d'une albuminurie orthostatique. Le jeune Kamel A... doit mener une vie strictement normale et ne suivre aucune régime. Il faut pratiquer un contrôle annuel de l'albumine en demandant le dosage sur les urines recueillies en position strictement couchée et sur les urines debout.

OBSERVATION IV

E... Philippe.

Jeune garçon de 22 ans chez lequel on trouve une albuminurie lors d'un examen de contrôle pour la candidature à un poste de pilotage (personnel navigant de l'aéronautique).

L'interrogatoire ne retrouve aucun élément ancien ni récent susceptible d'orienter vers une affection rénale.

- pas d'angine
- pas de scarlatine
- pas de purpura rhumatoïde

Il n'existe aucun signe fonctionnel d'accompagnement. Les vaccinations ont été pratiquées après examen des urines, ce qui élimine l'idée d'une albuminurie ancienne.

Examen clinique :

sujet longiligne, maigre, asthénique.

Culot urinaire :

très rares hématies
pas de cylindres
pas de germes

La clearance à la créatinine : 97 cm3/mn

Le 16 Mai : albuminurie, position couchée : néant
3 h. debout : 0,25 gr/l

Le 17 Mai : la recherche de l'albumine sur les urines de 24 heures est négative.

En conclusion :

La stature du malade oriente à elle seule le diagnostic, et les examens complémentaires permettent d'affirmer :

1° - Albuminurie typiquement orthostatique et à caractère particulièrement intermittent,

2° - fonctions rénales rigoureusement normales

3° - il n'existe aucune anomalie du sédiment urinaire

4° - L'urographie intraveineuse est strictement normale.

La ponction biopsie ne nous a donc pas semblé nécessaire.

Cette albuminurie ne justifie aucune modification particulière de la vie, aucun régime spécial. Ce sujet peut être soumis, à des vaccinations. Par contre, il est impossible de donner un avis en ce qui concerne le retentissement possible du vol (aviation) sur cette albuminurie.

OBSERVATION V

Mlle PR..... Maryse.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans dont l'albuminurie est connue depuis l'âge de 10 ans.

A l'époque, aucun examen complémentaire n'est pratiqué et la patiente n'est pas suivie régulièrement.

- A 17 ans, l'existence de douleurs lombaires entraîne une investigation poussée qui conclut à l'existence d'une albuminurie orthostatique. Les examens d'albumine oscillent entre 0,35 et 0,90 g/l. Maryse PR... suit trois cures successives à St-Nectaire et observe le repos au lit chaque après-midi.

- A 20 ans, lors d'une hospitalisation dans le service, on obtient les résultats suivants :

Examen d'urine :

en 5 échantillons fractionnés :

- au lever : néant
- 2 h debout : 3,10 g/l
- au déjeuner : néant
- 2 h de marche : 2,25 g/l
- le soir : 0,10 g/l

Examens complémentaires :

- Urée sanguine : 0,30 g/l
- Clearance de l'urée : 100 ml
- P.S.P. : normale
- Hem./Leuc/mn : débit normal
- N.F.S. : normale

Les fonctions rénales sont donc strictement normales.

Examens radiologiques

La radio sans préparation et l'U.I.V. sont normales.

L'albuminurie orthostatique est incontestable et ne va justifier aucune précaution particulière, aucun régime, aucune limitation à une activité professionnelle et sociale normale.

- Mais de plus, nous sommes en présence d'une patiente atteinte de troubles psychiques et neuro-vegétatifs, qui se plaint d'asthénie, d'anorexie, de palpitations et de lipothymies fréquentes ; jeune fille fatigable, hypernerveuse : tremblements aux quatre membres, transpiration intense ; dormant mal : troubles de l'endormissement surtout.

Le métabolisme basal est normal.

L'examen psychiatrique conclut à l'absence d'anxiété vraie : les troubles sont exclusivement fonctionnels sans substratum organique sous-jacent et doivent entrainer l'emploi de sédatifs et une psychothérapie banale. Le conflit social et sexuel existant suffit à expliquer les troubles dénoncés.

OBSERVATION N° 6

Mme BA..... Nicole 23 ans.

Il s'agit d'une jeune femme très fatiguée, ayant beaucoup maigri en un an et venue consulter pour cette atteinte de son état général qui l'inquiète.

- B.C.G. en 1952 - Cuti réaction positive depuis.
- V.S. normale : 1ère heure .. 3 m/m
  .. 2ème heure 8 m/m
  24ème heure 69 m/m
- N.F.S. normale

Examen clinique :

auscultation pulmonaire et cardiaque normale
Aires ganglionnaires libres
Fosses lombaires souples
Gorge normale.

A l'examen des urines, on trouve une albuminurie (1 gr par 24 h) Les urines de la nuit ne contiennent pas d'albumine. Les examens complémentaires sont tous normaux, la fonction rénale est parfaite.

Mais, les examens radiologiques (U.I.V.) qui sont normaux sur le plan morphologique et fonctionnel, montrent une ptose rénale droite importante.

Le problème, chez cette malade, est donc de savoir si l'on peut rattacher l'existence de cette albuminurie actuellement intermittente et isolée à la ptose rénale. Cela est possible mais non certain.

Il faut revoir la malade dans 6 mois après qu'elle ait repris son poids normal. Si la protéinurie persiste alors, il serait bon de pratiquer une ponction biopsie rénale, ce qui permettrait de régler définitivement la question.

De toute façon, la conduite à tenir pour les six mois à venir est la suivante : vie strictement normale à tous les points de vue ; cependant, il faut : éviter les bains froids, ne subir aucune vaccination et soigner attentivement toute angine par les antibiotiques.

OBSERVATION VII

Mlle L..... Jocelyne, née en 1947.

Première consultation dans le service en 1962

L'albuminurie est découverte lors d'un examen systématique chez cette jeune fille de 15 ans. En 1961, recherche d'albumine négative.

Les fonctions rénales sont parfaites :

- Urée 0,30 g/l
  P.S.P. (normales
  Clearance de l'urée)
  Culot urinaire normal
  Test d'Addis normal

L'U.I.V. montre une morphologie et une excrétion urinaire normales.

Il s'agit donc d'une albuminurie isolée mais le diagnostic et par conséquent le pronostic est difficile. En effet, l'albuminurie est intermittente. Néanmoins, elle n'est pas régulièrement absente des urines de repos. En particulier l'épreuve debout, penchée en avant, se révèle négative. Dans ce cas, si la conduite à tenir est la même, le pronostic est plus réservé.

Seconde consultation un an après : 1963

Les fonctions rénales sont toujours normales.
Aucun évènement à signaler au cours de cette année.
L'albuminurie est très intermittente et en faible quantité.
On envisage la possibilité d'une ponction biopsie qui seule permettrait un diagnostic positif.

Troisième consultation : 1964

On trouve : urines de la nuit : albumine : néant
urines de la journée - " 5 gr/l

Les examens complémentaires sont normaux.

En conclusion :

Devant cette albuminurie apparue brusquement chez une jeune fille de 15 ans, isolée, intermittente mais ne disparaissant pas toujours au repos, le problème diagnostique est particulièrement délicat. Cependant, la persistance pendant trois ans successifs de fonctions rénales rigoureusement normales, l'absence d'hématurie microscopique et de tout autre signe associé, permettent de conclure qu'il s'agit fort probablement d'une albuminurie orthostatique donc bénigne. Si à l'occasion d'un choix professionnel, des problèmes particuliers se posaient en raison de l'albuminurie, il serait facile alors de pratiquer une ponction biopsie qui affirmerait le diagnostic.

OBSERVATION VIII

VE..... Jean-Pierre, né en 1947

Albuminurie découverte lors d'un examen systématique en 1962 (15 ans) On ne possède pas la notion d'un examen d'urine antérieur.

Il n'existe aucun antécédent particulier. Pas d'angine.

Examen clinique :

- pas d'oedème
- fosses lombaires souples
- gorge normale
- T.A. 10.6
- Cuti-réaction négative.

Le jeune homme suit alors un régime sans sel.

Lors d'examens d'urines successifs, on trouve les résultats suivants :

Albumine : 0,20 g/l - 0,30 g/l - Néant, 0,10 g/l

Les tests d'Addis varient de 300 à 2.700 hém./mn à l'exception d'un seul résultat : Hématies/mn : 6.000.

Jean-Pierre VE..... vient alors à la consultation :

- N.F.S / GR 5.200.000
  GB 12.000
- Test d'Addis : Hem/mn 800
  Pas de germes, pas de leucocytes
  Pas de cylindre.

- Urée : 0,25 g/l
- P.S.P. : 60.%
- Clearance de l'urée : 73 m/l par mn.

- Examens d'urine :

  l'albumine disparaît à la position couchée ou, penchée en avant.

On pratique les examens des échantillons fractionnés :

- au réveil : traces
- à midi : 1,50 g/l
- 12 h à 14 h : 0,10 gr/l
- 14 h à 20 h : 0,50 gr/l
- 22 h. : 2 g/l

On se trouve donc en présence d'un jeune homme de 15 ans chez lequel on a découvert fortuitement une albuminurie. Cette albuminurie est orthostatique. Un seul résultat d'examen peut poser un problème, c'est la découverte de 6.000 hématies/mn lors d'un test d'Addis. En réalité, ce résultat est unique, son chiffre est relativement peu élevé et l'on peut considérer qu'il s'agit là d'un épiphénomène.

On conseille à ce jeune homme de réintroduire progressivement le sel dans son alimentation et de mener une vie strictement normale tout en évitant les vaccinations.

Il faut vérifier dans six mois, puis un an, si l'albuminurie est toujours isolée.

OBSERVATION N° 9

MA..... Pascal - 6 ans.

Il s'agit d'un enfant qui, à trois ans, lors d'une vaccination n'avait pas d'albumine dans les urines, mais a eu depuis un an de nombreuses angines. On trouve alors une albuminurie variable d'un jour à l'autre. Il est mis au régime sans sel.

- L'examen clinique est normal. T.A. 10.6
- L'albuminurie disparaît pendant la nuit et au repos.
- Les fonctions rénales sont normales :
  - Clearance à la créatinine 92 ml/mn
  - Urée : 0,25 g/l
  - P.S.P. 73 %
  - Clearance de l'urée : 70 ml/mn

- Débit minute : Hém./mn 260
  Leucocytes : néant
  Pas de cylindre.

En conclusion :

Il est parfois difficile d'affirmer le caractère bénin d'une albuminurie isolée. C'est le cas ici : cette albuminurie est intermittente, elle est isolée, donc à priori orthostatique et bénigne ; mais la notion d'angines fréquentes et récentes et l'extrême jeunesse de cet enfant chez qui apparaît l'albuminurie posent le problème d'une éventuelle glomérulopathie à son début. On conseille de faire une amygdalectomie, de réintroduire progressivement le sel dans un régime normal en protides, mais ne pas faire de vaccinations et on demande à revoir l'enfant dans six mois.

OBSERVATION N° 10

IG..... Renaud né en 1950.

Il y a un an, la recherche d'albumine faite avant une vaccination anti-poliomyélite s'est révélée négative ; mais onze mois plus tard, au moment de faire le rappel, on constate la présence d'albumine dans les urines : 0,10 g/24 h.

En Avril 1965 :

urée 0,25 g/l
albumine 0,10 g/l le jour
" néant pendant la nuit.

Culot urinaire : assez nombreuses hématies (8 à 12 par champ)
quelques cellules épithéliales
quelques leucocytes
pas de germes à l'examen direct.

Hématies-minute : 13.400

Il s'agit donc d'un jeune homme de 14 ans qui présente peu après une vaccination anti-poliomyélite une albuminurie accompagnée d'une hématurie microscopique. L'intermittence de l'albuminurie est certaine, de type orthostatique, mais la recherche indispensable des symptomes associés a fait découvrir l'hématurie microscopique et le pronostic doit être réservé car il s'agit sans doute d'une glomérulopathie à minima d'étiologie vaccinale ; il ne doit y avoir aucun traitement particulier, on proscrira l'exposition au froid et les efforts violents. La surveillance sera très rigoureuse.

OBSERVATION N° XI

R..... Claude.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui présente de l'albuminurie depuis l'âge de 13 ans. Le dernier examen d'urine a été fait au moment d'une visite d'embauche pour les P.T.T.

Lors de la consultation : examen clinique normal, T.A. 14.8

Examen d'urine :

12 à 24 h	0,40 g/l
nuit	traces

P.S.P. : 64 %

V.S. 1ère heure : 2 mm
2ème heure : 7 mm
24ème heure :64 mm

Test d'Addis : Avril 65 :

Hem/Mn 1980
Leucocytes/mn 1320
Cylindres Hyalins 26

Mai 65 :

Hém/mn 3500
Leuc/mn 6000
Cylindres 130

Urographie intra-veineuse : Petite dilatation d'un calice supérieur gauche.

En conclusion :

Deux problèmes se sont posés chez ce malade,

1° - Devant l'image anormale à l'U.I.V., on demande une recherche de bacilles de KOCH dans les urines : examen direct et culture sur Lowenstein sont négatifs. Cette image n'a donc vraisemblablement aucune signification pathologique.

2° - L'existence d'une cylindrurie et d'une très légère perturbation des hématies-leucocytes-minute chez un sujet porteur d'une albuminurie intermittente : la cylindrurie contre-indique dans l'immédiat tout traitement qui pourrait être néphro-toxique et la perturbation du test d'Addis pose un problème pronostique. Nénamoins, cette altération est suffisamment faible pour que l'on pense qu'il s'agit d'une albuminurie orthostatique réelle. On demande au sujet de revenir dans un an.

CONCLUSIONS

L'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE occupe une place tout à fait à part au sein des protéinuries puisqu'elle est considérée comme un trouble fonctionnel et passager, qui ne grève pas le pronostic d'avenir.

- En pratique, la difficulté est d'affirmer le diagnostic d'albuminurie orthostatique, éliminant toute idée de néphropathie organique. Ceci est obtenu par une enquête soigneuse comprenant des examens simples mais nécessitant une discipline rigoureuse.

- C'est à ce prix que l'on peut donner au patient le confort d'une vie normale, sans traitement, sans régime, tempérée seulement par quelques règles de prudence hygiéno-diététique.

- Enfin, le sujet étant rassuré quant à son avenir, on lui demande seulement une surveillance régulière qui vérifiera annuellement le caractère bien orthostatique de l'albuminurie et sa disparition progressive.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. DEROT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- A. COURCOUX

  Les albuminuries orthostatiques, étude pathogénique et clinique
  Thèse Paris 1904

- DEBAR et MAZEL

  Techniques et perspectives de médecine scolaire.

- FIESSINGER Noël

  Albuminurie matutinale. Jour. Praticiens 21 Mars 1928

- HAMBURGER

  Physiologie de l'innervation rénale
  1 vol. 181 p. Masson Ed. Paris 1936

- LAGRUE Gilbert

  Diagnostic et traitement des protéinuries chroniques
  Acutalités Pédiatriques 5e série.

- LAGRUE Gilbert

  Conduite à tenir devant une albuminurie isolée
  Méd. Pratique N° 215 - Nov. 1961

- MARFAN A.B.

  Albuminurie intermittente des grands enfants et des adolescents
  Journ. Méd. et Chir. Prat. 1935 p. 106

- MILLIEZ P. et BESANCON F

  Les albuminuries orthostatiques
  Revue du Praticien 1956 - 6 - 465

- MILLIEZ P., VIALATTE, VALES et LAGRUE

L'albuminurie lordotique physiologique : influence de l'âge et du développement pubertaire
Journ. Urol. 1958-64-580.

- PARMENTIER, BELOUX M.

Médecine d'orientation Professionnelle.
Guide pratique du médecin d'orientation professionnelle

- PORGE J.F.

Conduite à tenir devant une albuminurie isolée.
Encyclopédie médico-chirurgicale 1966

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90